

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTE DE MÉDECINE

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juin 1900, à 1 heure

PAR

GUILLEMIN

Ancien externe des Hôpitaux

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Joseph

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE

D'UNE VARIÉTÉ

D'ÉLÉPHANTIASIS AVEC VARICES LYMPHATIQUES

BASÉES SUR UN CAS PERSONNEL

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } LANNELONGUE, professeur.
KIRMISSON et GAUCHER, agrégés

PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTE DE MÉDECINE

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juin 1900, à 1 heure

PAR

GUILLEMIN

Ancien externe des Hôpitaux

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Joseph

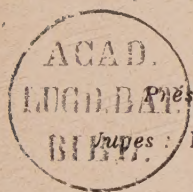
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGENIE

D'UNE VARIÉTÉ

D'ÉLÉPHANTIASIS AVEC VARICES LYMPHATIQUES

BASÉES SUR UN CAS PERSONNEL



Président : M. FOURNIER, professeur.

MM. } LANNELONGUE, professeur.

KIRMISSON et GAUCHER, agrégés

PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TERRIER
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Cet ouvrage est le couronnement
de ces longues études que je
ne dois qu'à toi seule.*

*Ce m'est un doux devoir de te le
consacrer.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Avant le mémoire de M. Besnier en 1878, les travaux d'A-lard et de Bouillaud avaient démembré l'éléphantiasis des Arabes, en éléphantiasis veineux et en éléphantiasis lymphatique. C'est à M. Besnier que revient l'honneur d'avoir élargi ce cadre, et d'avoir montré qu'il n'y a pas un éléphantiasis mais des états éléphantiasiques. Et depuis l'étude s'en est perfectionnée. Les théories de Patrick Manson sur la filaire ont rendu compte de la pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes. La streptococcie cutanée a expliqué nombre de cas d'éléphantiasis, comme l'ont fort bien montré dans leurs thèses inaugurales MM. Achalme et Jeanselme. Quand à la pathogénie des éléphantiasis congénitaux, des pseudo-éléphantiasis névropatiques, leur étude reste ébauchée à peine, et il appartient à l'avenir de découvrir ce facteur étiologique, qui nous échappe actuellement.

Nous voudrions dans ce travail, essayer à propos d'un état éléphantiasique qui ne rentre dans aucune de ces classifications, essayer de montrer le rôle mécanique joué par l'obstruction des ganglions inguinaux et iliaques dans la pathogénie de certains de ces éléphantiasis.

Mais nous sommes heureux au début de ce travail de nous conformer à l'usage, en exprimant nos sentiments de reconnaissance à ceux qui nous ont dirigé dans nos études

médicales, et tout d'abord à nos maîtres dans les hôpitaux et de l'hôpital Saint-Joseph.

M. le docteur Monnier, qui nous a façonné tout particulièrement dans l'étude et le traitement des maladies chirurgicales de l'enfance, nous a fourni aussi notre sujet de thèse. Qu'il nous permette de l'en remercier spécialement.

Si nous avons pu élucider le cas de notre malade, c'est grâce aux savants conseils de M. le docteur Darier, qui a bien voulu, en outre, faire l'examen histologique des deux lambeaux pris au malade. Nous sommes heureux de lui dire publiquement toute la reconnaissance que nous a inspiré son aimable bienveillance.

Monsieur le professeur Fournier nous a autorisé pendant l'année 1894-1895 à suivre son service. Il a bien voulu en outre, nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'à ce double titre il nous permette de lui adresser l'hommage de notre profonde gratitude.

OBSERVATION I (Personnelle).

Prise dans le service de M. le docteur MONNIER

Nous avons occasion d'examiner le 23 mars 1900 le malade âgé de 16 ans, dont nous allons relater l'observation :

Il était venu à l'hôpital réclamer des soins pour son membre inférieur gauche, qui se présente sous la forme suivante.

A première vue ce membre tout entier, se montre très volumineux, quatre fois plus gros que le membre droit.

La peau en est dure, d'une dureté résistante qui s'étend non seulement à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané — mais aussi aux muscles que l'on sent durs, rigides, surtout au mollet — mais également aussi aux muscles de la cuisse.

Les doigts enfoncés profondément laissent un godet fort appréciable.

Ces manœuvres restent d'ailleurs parfaitement indolores.

De plus cette peau présente un piqueté hémorrhagique fin — qui n'est pas du purpura — l'ongle appuyant en effet fortement, où la lame de verre écrasant vivement les taches les font disparaître provisoirement.

Ce piqueté est surtout accentué à la partie postérieure et interne du mollet.

Il ne coïncide pas avec du prurit, et n'existerait au dire de l'enfant que depuis deux ou trois ans.

On constate de plus une desquamation fine furfuracée plus accentuée à la partie antéro-externe du mollet; tandis que sur le 1/3 inférieur et antérieur du tibia se trouve un placard de croûtes molles, jaunâtres, humides, faciles à décoller, d'une épaisseur de plusieurs millimètres, laissant en dessous une peau saine à peine rosée.

A ce niveau se fait un suintement qui laissait au début sur le drap une tache rosée, à contours plus foncés, formant une tache empesée dont le centre était sanguinolent.

Plus bas, enfin, la cheville élargie, les orteils déformés et grossis in-

régulièrement surmontés de verrucosités donnent à l'œil l'aspect élephantiasique.

En examinant maintenant la partie supérieure de la cuisse, et le scrotum qui se montre volumineux fortement coloré, d'une rigidité telle que l'examen des testicules est à peu près impossible, on trouve des saillies, des élevures de deux ordres; les unes, que l'on rencontre sur toutes les hauteurs du membre sont rouge sombre, mais molles réductibles après une forte pression, les autres beaucoup plus volumineuses, siègent surtout sur le scrotum et sur la cuisse au niveau du triangle de Scarpa. Elles sont transparentes translucides, comme des grains de raisin; un peu moins volumineuses comme dimensions; fluctuantes, dépressibles, siègent sur les rides même du scrotum, les unes isolées, les autres agglomérées.

Alors même que ces vésicules ne sont pas piquées volontairement, elles se crèvent, soit par suite du frottement des habits ou des draps, soit par l'amincissement progressif de l'épiderme.

Il en résulte que le scrotum est constamment baigné de liquide, comme si le malade était atteint d'une incontinence d'urine. Les premières de ces saillies sont donc nettement des varices sanguines, tandis que les deuxièmes sont des varices lymphatiques.

Le prépuce fort développé est de son côté œdématié symétriquement, constituant ainsi un phimosis qui laisse suinter une gouttelette de pus.

Les mensurations exactes n'ont pu être prises dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital, c'est-à-dire le 14 mars 1900.

Le jour de l'examen, neuf jours par conséquent après que l'enfant est au repos, la jambe a diminué dans des proportions fort notables, pourtant on observe encore :

Au-dessus des malléoles.....	Droite	18 cm.	Gauche	30
Au niveau de la jarretière.	—	24	—	38
Saillie de la rotule.....	—	32	—	44
Au-dessus du genou.....	—	28	—	42
Partie moyenne de la cuisse.....	—	30	—	44

Nulle part on n'observe de troubles de la sensibilité au tact, à la chaleur ni à la piqure.

La température locale n'a pas été recherchée.

Si maintenant on fait retourner l'enfant, on constate deux fistules

fort inégales, siégeant au niveau des articulations sacro-iliaques droite et gauche

Celle du côté droit, ne donne plus d'écoulement depuis fort longtemps déjà, nous dit le malade.

De fait, elle se déprime et semble être définitivement cicatrisée.

A gauche, au contraire, l'écoulement est encore abondant et nécessite la présence continuelle d'un pansement.

Le stylet pénètre dans l'intérieur de l'articulation sur une longueur de 3 cm. 1/2 et arrive sur une surface cariée, mais limitée.

Aucun trouble fonctionnel important d'ailleurs à signaler ; le malade se tient debout, joue et marche sans boiter, ni être fortement incommodé.

Le malade se plaint seulement un peu quand on palpe le pli de l'aine dans lequel on trouve de petits ganglions, au nombre de 3 ou 4 seulement, petits, durs, scléreux.

Le toucher rectal pratiqué à ce moment, permet de percevoir à l'extrémité de l'index profondément enfoncé, une masse dure, irrégulière, siégeant seulement à gauche du malade qui pourrait bien être un paquet d'adénite tuberculeuse.

La radiographie du petit bassin — peu nette d'ailleurs — ne donne pas de coloration plus foncée dans un côté plutôt que dans l'autre. En présence de ce cas complexe et devant les réponses trop peu nettes de l'enfant nous écrivons au père de l'enfant pour obtenir sur ses antécédents des renseignements précis.

Et nous apprenons ainsi, que la mère est morte à l'âge de 30 ans, d'une affection de la gorge que nous n'avons pu déterminer.

Le père est atteint d'une « maladie de la moelle épinière » qui depuis 1887, l'oblige à aller à son travail de comptable transporté dans une voiturette.

Le malade n'a ni frère, ni sœur et il a toujours habité Warmesville, petit village fort sain, dans la Marne, il n'a jamais présenté d'accès fébriles qui puisse laisser admettre la possibilité de fièvre paludéenne.

Quant au début de l'affection, il paraît des plus nets.

En venant au monde, l'enfant était normalement constitué et bien portant, « les deux jambes, écrit le père étaient bien égales. »

A deux ans, pneumonie dont il guérit sans incidents.

Vers l'âge de 4 ou 5 ans, deux abcès s'ouvrent à la partie inférieure de

la colonne vertébrale, donnant un pus assez abondant ; l'abcès du côté droit tarit vite ; le gauche entretient la fistule qui est sous nos yeux. C'est quelques mois après, par conséquent vers 5 ans ou 5 ans et demi, que le membre gauche prend des dimensions anormales et que l'état actuel est constitué.

Depuis en effet, l'enfant s'est développé normalement, mais est resté amaigri, d'aspect souffreteux.

Les membres supérieurs sont normaux.

Les poumons ne présentent aucune trace de lésions anciennes ou récentes.

Le cœur est resté normal.

Deux faits seulement sont devenus intéressants dans son organisme.

C'est l'état de sa rate qui, fort volumineuse le jour de son arrivée à l'hôpital, donne encore le jour de l'examen, une matité qui plonge de deux travers de doigt dans l'hypocondre gauche.

C'est aussi l'état de sa vessie, depuis deux mois seulement, le malade est atteint d'une cystite fort douloureuse, l'obligeant à uriner toutes les 5 minutes et il ne peut quitter son lit sans emporter un vase pour satisfaire des besoins impérieux.

L'urine alcaline, fortement odorante, ne contenant ni albumine, ni sucre, présente un dépôt blanc laiteux, dans lequel on a par deux fois recherché le chyle, les résultats sont restés négatifs.

Par contre les globules de pus fort abondants sont recélés par le microscope ainsi que la réaction par l'ammoniaque l'avait fait prévoir.

Des urines prises aseptiquement dans la vessie à trois reprises différentes, ne permettent pas de reconnaître le bacille de Koch.

Ajoutons que dans les prises de sang faites à différentes heures de la soirée, aucune fois on n'a trouvé de filaire. Ces mêmes prises de sang, ont permis de constater, que le nombre de globules blancs et des globules rouges est resté dans les proportions normales.

Nous voyons le malade chaque jour, l'œdème de son membre diminue dans des proportions notables chaque jour sous l'influence du repos au lit aidé d'une légère compression ; mais sa cystite lui occasionne des douleurs violentes qui lui arrachent des cris.

Comme, d'autre part, l'action irritante de cette urine s'exerce sur l'extrémité du prépuce qui dépasse le gland, on pratique sur lui le 2 avril l'opération de la circoncision.

Pendant que l'enfant est sous le chloroforme on profite pour lui en-

lever une petite varice toute superficielle située sur la face externe de la jambe.

Le 10 avril le catgut s'est en partie résorbé ; le gland largement découvert, présente une muqueuse qui n'est plus irritée.

Le malade ne veut pas mourir à l'hôpital et demande à être renvoyé chez lui.

ÉTUDE ANATOMIQUE

Avant de commencer à étudier les modifications pathologiques subies par les ganglions qui vont s'opposer au retour de la lymphe et amener la stase — l'œdème lymphatique dont nous nous occupons — nous allons jeter un coup d'œil sur la situation de ces ganglions. Cette situation profondément cachée nous expliquera d'abord l'extrême difficulté de vérifier sur le vivant l'hypothèse d'obstruction mécanique par envahissement de ces ganglions, hypothèse qu'une autopsie ultérieure pourra seule vérifier.

D'autre part, l'étude des vaisseaux afférents à ces ganglions aidera à montrer la marche suivie par l'infection du sacrum à la cavité pelvienne.

*
* *

Ces ganglions forment deux groupes :

Les uns appelés ganglions sacrés, parce qu'ils sont immédiatement situés au devant du sacrum, s'échelonnent irrégulièrement de chaque côté du rectum. Ils sont situés à quelques centimètres au dessus de l'anus, mêlés au plexus vasculaires et nerveux qui enlacent d'un filet à mailles étroites l'extrémité inférieure du gros intestin. Nous les laissons de côté. Leur inflammation donnerait en effet au doigt qui pratique le toucher rectal la sensation d'une masse cal-

leuse, indurée, pouvant rétrécir la lumière du rectum, provoquant en tous cas une gêne de la circulation veineuse qui se traduirait par des hémorroïdes.

D'autre part, sur les parois latérales du petit bassin, on trouve un second groupe de ganglions qu'on a décrit sous le nom de ganglions hypogastriques. Ils occupent exactement cette sorte d'Y renversé que forme en se bifurquant l'iliaque primitive. C'est dire qu'ils sont profondément situés ; le plus superficiel se trouvant placé à quinze ou vingt millimètres au dessus et en arrière de la veine iliaque externe.

A ces ganglions aboutit la lymphe d'un grand nombre de vaisseaux blancs.

Les uns la déversent directement dans ces ganglions ; les autres ont déjà traversé des ganglions situés plus bas.

Or les premiers pourraient dans le cas actuel être appelés lymphatiques directs, en dehors en effet des vaisseaux de ce groupe qui ramène la lymphe des différents viscères du petit bassin, il en est d'autres qui proviennent de la partie toute postérieure de la cuisse, de la région fessière, de toute cette région que délimite en avant et en arrière l'articulation sacro-iliaque. Ce sont les lymphatiques fessiers encore appelés ischiatiques.

On comprend dès lors aisément, comment par les radicules de ces vaisseaux, une infection, puisée au niveau de la région sacrée puisse être transportée avec facilité au sein des ganglions hypogastriques, pour leur faire subir des modifications telles que leur fonction soit détruite.

D'autre part, ces mêmes ganglions constituent une des étapes suivies par le courant lymphatique pour remonter de

l'extrémité du membre inférieur au canal thoracique ou à la grande veine lymphatique.

Et c'est ainsi, qu'issue de la « semelle lymphatique du pied » ayant déjà traversé les ganglions poplités ; s'étant enrichis au niveau des ganglions inguinaux des lymphatiques du scrotum et de la verge, ils passent à travers les ganglions iliaques externes pour se présenter devant les ganglions hypogastriques et si ceux-ci sont perméables, remonter le long de l'aorte et de la veine cave inférieure sous le nom de ganglions lombo-aortiques.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

L'idée que toute maladie venant apporter une gêne à la circulation sanguine ou lymphatique peut être une cause déterminante d'éléphantiasis est déjà fort ancienne.

Ainsi lit-on dans la « Pathologie des tumeurs » de Virchow, que l'éléphantiasis peut reconnaître comme cause, des tumeurs qu'elle qu'en soit d'ailleurs la nature, qui compriment les vaisseaux, « les adénopathies aiguës et chroniques, les bandages compressifs même, mal exécutés ou trop longtemps continués, les liens circulaires trop serrés ; de même en est-il des fractures, simples ou comminutives, mal consolidées, à cal volumineux avec déformation ».

Et pour appuyer cette assertion, il cite un cas observé dans ces conditions par Brassac à l'hôpital militaire de Toulon, chez un charretier, n'ayant jamais quitté son pays, et qui avait eu le membre inférieur broyé par une roue de lourdech arrette.

Tel aussi le cas de Clarac, rapportant l'observation d'un état éléphantiasique de la jambe, consécutif à une fracture de la partie inférieure du fémur.

C'est ainsi que s'explique l'erreur de Larrey père, de Gaëtan et de la plupart des médecins militaires d'Algérie qui se basant sur de nombreux faits observés par eux, avaient admis que le syphilis peut être une cause déterminante d'éléphantiasis ; et de fait si cette hypothèse paraît absurde en

considérant la syphilis comme cause directe d'éléphantiasis, il paraît d'autre part, des plus logiques d'admettre qu'une affection qui comme la syphilis attaque si profondément le système ganglionnaire lymphatique, puisse produire à un moment donné cet œdème lymphatique, cause d'éléphantiasis. Éléphantiasis d'ailleurs susceptible d'amélioration et même de guérison, si l'obstacle est levé par un traitement approprié, qui rende perméable les ganglions envahis.

Nous pouvons, en effet, poser en principe, avec M. Darier, que tout éléphantiasis est la conséquence d'un œdème lymphatique chronique.

Mais dans les œdèmes on peut de suite établir deux grandes classes et distinguer les œdèmes généralisés et les œdèmes partiels.

Les premiers, œdèmes généralisés ou symétriques ne nous intéressent guère. Ils sont dus à une cause dyscrasique — telle qu'une cachexie cancéreuse ou autre, une néphrite — ou encore à un trouble de la circulation générale — tel l'œdème des maladies du cœur, par exemple.

Les seconds, les œdèmes partiels, souvent asymétriques, sont encore désignés sous le nom d'œdèmes lymphatiques, en raison de leur pathogénie probable.

Quelles sont donc les conditions essentielles pour que la circulation s'effectue normalement, dans une partie quelconque, dans un membre, par exemple.

Il faut d'une part, l'afflux normal du liquide par la voie naturelle.

Il faut d'autre part que le reflux se produise normalement et par la voie veineuse, et par la voie lymphatique.

Or, il semble démontré par l'analyse expérimentale et par l'analyse chimique, qu'il est nécessaire pour que l'œdème se produise qu'il y ait obstacle à la fois sur ces deux voies de retour.

Et de fait, la ligature des veines d'un membre ne produit pas un œdème chronique.

On connaît d'autre part l'expérience de Dupuytren et Mouro qui liant le canal thoracique, ne produisent pas d'anasarque ; celle aussi de Th. Anger, qui pratiquant sur le chien la même opération, ou liant tous les lymphatiques afférents aux ganglions inguinaux, obtient des ectasies limitées qui disparaissent en quelques jours.

Quant à la ligature des lymphatiques, elle est impossible à réaliser expérimentalement, les lymphatiques du réseau sous-cutané communiquant largement en nappe.

Il reste le lieu de rendez-vous, de traversée, des vaisseaux lymphatiques, les ganglions.

L'extirpation des ganglions d'un membre n'est d'ordinaire passuivie d'œdème.

Dans quelques cas cependant, elle a eu ce résultat.

Il est des plus intéressants de noter que l'éléphantiasis restait toujours subordonné à la gêne de la circulation, l'obstacle est-il levé, l'éléphantiasis a disparu.

Tel ce cas, cité par le professeur Fournier. Une femme est atteinte d'un chancre de la vulve, bientôt on constate une adénite inguinale, à laquelle succède bientôt un œdème vulvaire qui disparaît en même temps que rétrocede l'adénite.

Tel encore cet officier de marine cité par Clarac qui contracte au moment de s'embarquer un chancre induré de l' verge.

Un an après, il était porteur d'un énorme éléphantiasis de cette région, éléphantiasis qui céda en quelques mois à un traitement énergique.

L'association fréquente des varices lymphatiques avec l'œdème lymphatique chronique et avec l'éléphantiasis, est une preuve qu'il y a sur le trajet des lymphatiques un obstacle au cours centripète de la lymphe.

*
* *

Ces notions étant établies, voyons par quel mécanisme les divers facteurs étiologiques dont nous avons parlé peuvent provoquer la stase lymphatique et ses conséquences ; c'est-à-dire varices lymphatiques et éléphantiasis.

Dans la filariose, on admet que les filaires adultes habitent dans le paquet ganglionnaire auquel se rendent les vaisseaux lymphatiques de la partie éléphantiasiée. Les « poussées » d'œdème congestifs qu'on observe dans cette maladie ne sont pas expliquées. On a supposé qu'elles sont dûes à une effraction des embryons de filaire hors des voies musculaires, on a des embolies d'embryons de filaires avec réaction de voisinage.

La streptococcie agit à la fois sur tout un territoire lymphatique capillaires, canaux et ganglions. Il y a en même temps phlébite des veinules et parfois même de veines de gros calibre, dans les cas intenses tout au moins. On conçoit qu'elle réalise donc à un haut degré les conditions nécessaires à la production de l'œdème lymphatique, et par répétition à celle de la stase lymphatique chronique, de l'éléphantiasis et des varices.

D'autres infections encore sont susceptibles également de provoquer le même syndrome.

Telles sont la syphilis, la tuberculose, seules ou associées à d'autres affections ; tel est le cas d'œdème éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur consécutif à un bubon blenno-strumeux, dont M. Balzer a publié l'observation en 1894. Il s'agit d'un sujet de 26 ans, n'ayant eu comme antécédents que des accidents d'ordre scrofulo tuberculeux dans son enfance. Ce malade entre à l'hôpital du Midi pour une blennorrhagie aiguë. Bientôt l'infection se propage aux ganglions inguinaux qui se transforment en bubons envahis par la suppuration.

A ce moment, obstruction lymphatique par sclérose ganglionnaire succédant à la violente inflammation du début, et amenant une dilatation rétroganglionnaire de tout le réseau lymphatique du membre inférieur correspondant.

Plus tard a disparu l'éléphantiasis, fort probablement par rétablissement de la circulation lymphatique au niveau de l'obstacle ou encore en vertu d'une suppléance anatomique des voies lymphatiques.

De même à ce sujet les deux malades de Riedel sont-ils des plus intéressants. Après avoir réussi maintes fois à guérir des adénites gênantes ou récidivantes des plis de l'aîne, par extirpation du paquet ganglionnaire, il put observer deux cas malheureux, en 1884, et un second en 1887 où les deux opérés furent victimes d'un éléphantiasis. Aussi l'auteur recommande-t-il de borner le traitement au simple curettage, ou à l'extirpation de l'un ou l'autre ganglion superficiel sans jamais enlever les ganglions profonds.

De même encore, en est-t-il du malade de Th. Meyer, qui

fut atteint d'œdème chronique du pénis, six mois après avoir fait extirper ses ganglions inguinaux droits et gauches.

Mais l'observation suivante que nous empruntons à Follet et bien plus intéressante encore. Elle paraît calquée sur la nôtre ; et la raison de cette analogie est bien simple ; c'est que le malade opéré par M. Monod a reproduit sous les yeux de l'observateur, à la suite de son opération, les phénomènes qui se sont déroulés plus lentement chez notre malade. Le malade de Follet a brûlé les étapes de son affection, car le bistouri a supprimé tout d'un coup des ganglions inguinaux ; le nôtre a marché à pas lents, car la tuberculose n'a envahi que progressivement ses ganglions. Mais dans les deux cas la pathogénie est la même : aussi reproduirons-nous cette observation intégralement.

OBSERVATION II

FOLLET. Thèse Paris, 1895.

Éléphantiasis du scrotum et de la verge, consécutif d'une adénite suppurée des ganglions de la fosse iliaque, qui furent extirpés.

M... Maurice, cocher, 43 ans, entre le 10 août 1895, à l'hôpital Saint-Louis, lit 33, dans le service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Père mort des suites d'une pleurésie à l'âge de 45 ans. Bien portant jusqu'alors.

Mère morte à 60 ans de « vieillesse ».

5 frères et sœurs en bonne santé.

Le malade avait 4 ans quand il perdit son père.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1882.

Le malade, originaire de Savoie, vint à Paris en 1880. Jusque-là d'une bonne santé, contracta la syphilis 15 jours après son arrivée.

Cette syphilis traitée dès le début à intermittences régulières ne s'est jamais traduite par des accidents graves. Elle s'est bornée au chancre à quelques plaques muqueuses, à de l'adénite cervicale, à de l'alopecie définitive.

Depuis l'âge de 19 ans, le sujet s'adonne à des excès de boissons ; il a quelques pituites le matin. Sa santé générale ne paraît pas souffrir de cette intempérance, l'appétit a toujours été bon. Pas de bronchite, ni de toux, ni d'hémoptysies, un peu d'emphysème à la base des poumons, l'haleine est un peu courte quand il monte un escalier, le cœur et les artères sont sains.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Cet homme est robuste, depuis 1880, il a beaucoup engraisé, depuis 1 an, il n'a plus d'érections.

En 1893, 13 ans après le début de la syphilis, son ventre augmente de volume, il éprouve des douleurs dans les flancs. Admis à l'hôpital Saint-Antoine, il est opéré le 23 juillet 1893 par M. le docteur Monod. Deux incisions sont pratiquées, l'une à droite, de 9 centimètres, l'autre à gauche de 22 centimètres, parallèlement à l'arcade de Fallope au niveau de masses pâteuses qui saillaient à cet endroit.

Une quantité considérable de pus s'est écoulée, la masse ganglionnaire fut extirpée. Le diagnostic alors porté était « adénites inguinales tuberculeuses suppurées ». La plaie suppura pendant un mois, la cicatrisation était complète deux mois et demi après.

Le malade vaquait à ses occupations depuis six mois, lorsqu'il s'aperçut que la verge se tuméfiait, et peu à peu la peau des bourses. Cette tuméfaction d'abord molle transparente, gélatiniforme intermittente, plus accentuée le soir augmenta progressivement si bien, qu'en 1874, elle s'était installée définitivement et les téguments hypertrophiés avaient acquis une consistance dure. L'infiltration oedémateuse envahissant tout le prépuce, formait un énorme bourrelet qui dépassait et recouvrait le gland. La tuméfaction indolente, gênante par son poids et son volume uniquement, subit des alternatives de régression et d'hypertrophie. Elle est beaucoup plus volumineuse et plus dure quand le malade a gardé longtemps de suite la position assise qu'exige la profession de cocher. Elle augmente par la station debout prolongée, sur place. Elle diminue au contraire par les mouvements

réguliers de la marche et pendant le repos nocturne. A aucune période de son affection, notre homme, n'a observé de poussées inflammatoires rouges et douloureuses rappelant la lymphangite et l'érysipèle.

En plus, depuis l'opération, les jambes sont le siège d'un œdème blanc, mou, intermittent, procédant par véritables crises indolentes.

Pendant plusieurs jours consécutifs, les jambes, les régions périmaléolaires et les pieds sont tuméfiés surtout le soir. Le malade se met au repos, se purge plusieurs fois de suite, l'œdème disparaît pour reparaître une quinzaine de jours après et le cycle recommence.

La jambe droite est sillonnée de grosses varices, qui datent d'une quinzaine d'années.

Localement nous faisons les observations suivantes :

Le scrotum forme une grosse masse d'aspect grenu à rides très accentuées. La peau est de coloration normale, les dimensions sont en hauteur de 22 centimètres. A la racine des bourses, circonférence de 37 centimètres. A la partie inférieure des bourses, circonférence de 43 centimètres.

La consistance est celle de l'œdème lymphatique élastique, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Peau et tissu sous-cutané infiltrés formant une masse résistante qui s'oppose à l'exploration des testicules, l'altération des téguments est uniforme sur toute la surface du scrotum.

Le malade s'étant piqué accidentellement il y a quelques jours, du sang mélangé de sérosité a coulé. Notons que jamais aucun suintement lymphorrhéique ne s'est produit jusqu'ici, le pénis est augmenté de volume et déformé, sa circonférence est de 48 centimètres à sa racine, 15 centimètres à son extrémité, sa longueur est de 11 centimètres.

C'est un véritable boudin contourné sur lui-même, pâteux, élastique, de coloration pâle, verruqueux à la base. Le méat a disparu sous la tuméfaction considérable du prépuce derrière lequel s'accumule après la miction de l'urine qui s'échappe ensuite goutte à goutte. En somme ce malade offre aux parties génitales les altérations des plus typiques de l'éléphantiasis « lymphoserotum ».

On voit donc nettement qu'en pareil cas il y a à la fois des lésions diffuses portant sur les canaux lymphatiques et sur

les veines, en même temps qu'une obstruction par adénite et périadénite des ganglions du bassin.

L'examen microscopique vient d'ailleurs à l'appui de la première partie de ce raisonnement,

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons dit, en étudiant notre malade, qu'il souffrait d'une balanite qui avait amené M. le docteur Monnier à pratiquer la circoncision. On profita de l'anesthésie chloroformique, nécessitée par l'indocilité du sujet, pour lui enlever une petite varice lymphatique, située sur la face externe de la jambe.

Aussitôt après l'incision s'écoule une certaine quantité de lymphé, mais une suture avec trois crins de Florence fortement serrés arrêta de suite l'écoulement.

Voici le résultat de l'examen histologique qu'a bien voulu faire M. le docteur Darier.

Première pièce. — Varice lymphatique

Sur cette coupe, on voit une varice lymphatique énorme, qui se présente sous l'aspect d'une grosse ampoule, contenant un réticulum fibrineux et des globules blancs, c'est-à-dire de la lymphe coagulée par les réactifs.

Le plafond de cette ampoule est formé par l'épiderme très aminci et étiré, doublé d'une couche conjonctive d'une extrême minceur. Ceci indique que la pression du liquide de la varice devait être considérable.

A sa face profonde, l'ampoule n'est séparée du tissu der-

mique que par une seule couche endothéliale très nette en certains points.



Fig. I. — VARICE LYMPHATIQUE

a. Ampoule lymphatique. — *b.* Épiderme (aminci). — *c.* Couche conjonctive extrêmement mince qui la double. — *d.* Cellules endothéliales. — *e.* Ampoules lymphatiques plus petites. — *f.* Coupe d'une artériole. — *g.* Peau normale (1).

Dans le tissu sous-jacent se voient plusieurs cavités analogues, mais plus petites, qui sont d'autres ramifications lymphatiques transversalement ou obliquement coupées.

Plus loin encore et à une très petite distance, se trouve

(1) Sur la lamelle le tissu élastique de la peau se trouvait coloré en brun par l'orcéine acide, coloration faite dans le but de rechercher s'il y avait de la néoformation conjonctive, c'est-à-dire de l'éléphantiasis.

le tissu de la peau, normal avec sa trame conjonctive et élastique parfaitement conservée.

Nous avons donc affaire en ce point à des varices lymphatiques typiques, sans éléphantiasis, c'est-à-dire sans néoformation conjonctive interstitielle appréciable.

Deuxième pièce. — Prépuce

On ne voyait pas à l'œil de dilatations lymphatiques. Sous le microscope, on trouve que ce prépuce hyperplasié est formé d'un tissu conjonctif œdémateux, riche en cellules hypertrophiées, et parcouru par un réseau élastique, ainsi

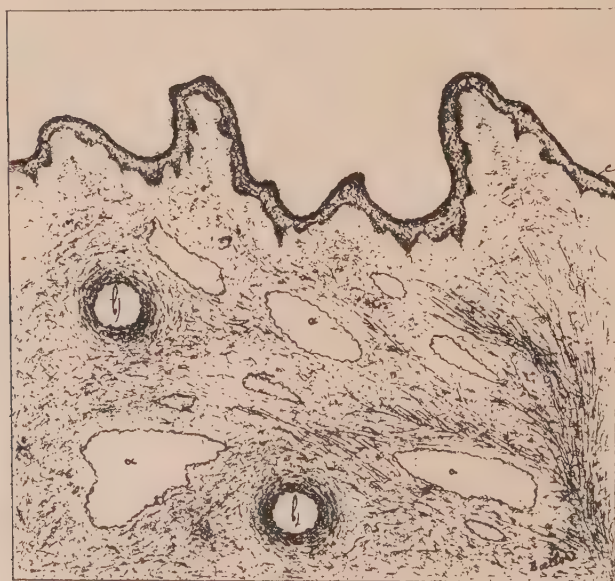


Fig. II. — PRÉPUCE.

a. Canaux lymphatiques. — *b* Coupe d'une artériole. — *c.* Épiderme.

que par les faisceaux musculaires du dartros (prolongement du dartros dans le prépuce).

Dans ce tissu se voient, en nombre de points, des canaux dont la paroi est formée par une seule couche de cellules endothéliales et qui, par conséquent, sont certainement des vaisseaux lymphatiques dilatés.

Par places, ils sont assez nombreux pour donner un véritable aspect caverneux.

Les canaux lymphatiques sont dilatés, l'épiderme fortement teinté.

Ainsi donc on trouve de l'œdème et des varices lymphatiques. Existe-t-il en plus de l'éléphantiasis.

Ce n'est pas douteux en un certain nombre de points où l'on voit un tissu formé de faisceaux conjonctifs et grêles, paraissent jeunes et de nouvelles formations, alors que les fibrilles élastiques y font défaut, ou presque.

On trouve aussi autour des vaisseaux sanguins, une accumulation de cellules embryonnaires indice d'un processus inflammatoire récent.

En résumé, ce qui domine dans ce prépuce, c'est l'œdème et les varices lymphatiques. On y trouve également de l'éléphantiasis. Ces altérations sont évidemment de même ordre que celles que la clinique a permis de constater au niveau du membre inférieur gauche et du scrotum.

Il s'y joint un certain degré d'inflammation, qu'on peut avec vraisemblance rattacher à la balanite infectieuse qui avait motivé la circoncision.

DIAGNOSTIC

Tout d'abord, en présence d'un membre aussi volumineux que celui de notre malade, une première question bien vite élucidée d'ailleurs, se pose. S'agit-il d'un œdème ordinaire ?

Virchow répond que déjà l'éléphantiasis s'en distingue « en ce que les parties qui sont atteintes d'éléphantiasis n'ont pas une consistance empâtée, facilement dépressible, mais qu'ordinairement elles donnent la sensation d'un corps solide et dur, offrant une plus grande résistance à la pression du doigt et ont par conséquent plutôt l'aspect du sclérème ».

D'ailleurs ces œdèmes sont bilatéraux, symétriques, susceptibles de régression, au début du moins, sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Et d'ailleurs les signes de l'affection primitive, causale, se manifestent par une symptomatologie non douteuse,

Le cardiaque donnera à l'auscultation ses souffles ou ses redoublements ; peut-être aura-t-il présenté déjà des attaques d'asystolie ; son facies, son pouls radial ou crural, ses crises d'oppression ne laisserait pas errer longtemps le diagnostic.

Le cachectique, de même, pâle, anhelant, sans forces, tourmenté souvent par des douleurs violentes, ne présentera d'œdème des membres inférieurs qu'à la période ultime.

Le myœdémateux portera son diagnostic inscrit sur sa

peau dure, froide. Il sera sous le coup d'une torpeur physique et intellectuelle, d'un retard de développement dans tout son organisme qui indiquera suffisamment son affection.

Resterait dans cet ordre d'idée la sclérodermie dont Rasmussen avait voulu faire une simple variété d'éléphantiasis ; cette erreur peut s'expliquer par la tuméfaction œdémateuse qui marque le premier degré de la sclérodermie. Mais aucune confusion ne peut avoir lieu pour un observateur judicieux entre ces deux affections.

Le sclérodermique, après avoir présenté un œdème dur, sous forme de taches irrégulières, voit bientôt ces ilots se fondre les uns dans les autres pour former des nappes de sclérose diffuse.

Puis les plaques s'affaissent, les tissus s'atrophient, la peau tendue, luisante, ne peut-être mobilisée sur les plans sous-jacents.

Et dès lors le facies typique du malade, la sclérodactylie qui envahit les deux mains, les atrophies musculaires et les rétractions qui déforment le corps entier et imposent le diagnostic.

Mis en présence maintenant d'un œdème localisé à un membre seul, la question se restreint.

L'on peut se demander si la lésion est congénitale ou acquise et dans le premier groupe d'affections, il en est deux qui simulent bien l'éléphantiasis, je veux parler des lymphangiomes diffus et de l'hypertrophie congénitale.

Mais le lymphangiome diffus tout d'abord est une malformation congénitale du système lymphatique.

Il est vrai que l'on peut ajouter, que cette dénomination n'implique pas la constatation à la naissance de ces tumeurs,

qui ne se révéleraient qu'à une époque plus ou moins tardive. La hernie inguinale congénitale, par exemple, due à une malformation, et la persistance d'un état fœtal, peut n'apparaître que plusieurs années après la naissance.

Mais d'autre part, des tumeurs aussi diffuses doivent être bien rares si tant est qu'elles existent ; puisque l'exemple le plus remarquable au point de vue de l'étendue de la malformation, se trouve résumé dans l'Observation LXXV du traité de M. le professeur Lannelongue sur les kystes congénitaux, et l'hypertrophie se localise seulement à la cuisse.

D'ailleurs, ce n'est point le membre inférieur qui est le siège habituel de ces lésions, et presque toujours cette malformation a pour siège, la langue, les lèvres, le cou, parfois aussi le membre inférieur.

Enfin le système lymphatique a tellement d'affinité avec le système sanguin que dans ces cas de malformation d'un système vasculaire, l'autre se trouve également en cause ; et les angiomes accompagnent presque toujours les lymphangiomes.

Nous devons d'ailleurs ajouter, que Virchow établissant un lien entre toutes ces altérations, éléphantiasis, hypertrophies congénitales par dilatations lymphatiques, kystes congénitaux, considérait ces dernières comme la forme kystique de l'éléphantiasis congénital.

Reste l'hypertrophie congénitale, sur laquelle M. Duplay, dans ses cliniques, rappelait récemment une observation nouvelle.

Mais, c'est là une affection bien congénitale.

Le malade qui fait le sujet de l'observation, affirme très nettement que ses parents avaient constaté dès sa plus

tendre enfance, qu'il avait toujours eu la jambe gauche plus grosse que la jambe droite.

De plus, il résulte des mensurations, que dans sa longueur, le membre est considérablement augmenté ; de 19 centim. dans un cas signalé par Trélat et Monod.

Le pied, présente aussi des dimensions plus considérables que celui du côté opposé.

Le compas d'épaisseur ou la radiographie prouve que les dimensions circonférentielles sont également exagérées du côté malade.

Enfin les auteurs ont toujours signalé une abondance de varices et de nævi qui ne se rencontre pas chez notre malade.

Aussi, arrivant maintenant aux états éléphantiasiques eux-mêmes, nous devons au nom de l'étiologie, de la pathogénie et de la clinique, différencier ces différents états de celui qui nous intéresse.

Tout d'abord, nous n'avons certes pas affaire à un

1°) Eléphantiasis congénital.

L'existence d'un éléphantiasis congénital débutant au cours de la vie intra-utérine, déjà manifeste à la naissance, susceptible d'un accroissement ultérieur progressif, a été mis en doute ; de fait, devant les observations trop peu nombreuses et peu probantes, son existence en reste encore précaire.

Qu'on admette avec Esmarck et Kulenkampf, que la lésion fondamentale est une prolifération du tissu conjonctif, localisée ou généralisée, avec participation inégale des lésions

du système lymphatique. — Ou qu'on admette une forme téléangiectasique où prédominent les dilatations du système vasculaire sanguin, — qu'elle que soit en un mot la lésion anatomique, et sous quelque forme qu'elle se présente cliniquement, elle aura toujours comme caractères fondamentaux d'être une lésion vraiment congénitale, c'est-à-dire qu'elle sera déjà apparente au moment de la naissance, qu'elle pourra être même une cause de dystocie.

De plus, suivant qu'elle affectera la forme lipomateuse ou téléangiectasique, elle aura des caractères cliniques qui ne permettront pas de la confondre avec une autre affection, comme le prouvent les deux observations suivantes, empruntées à chacun de ces types.

OBSERVATION III

(ESMARCK et KULEUKAMPF, p. 240.)

Éléphantiasis lipomateux congénital.

Maria Auderson, 19 ans, avait à sa naissance un épaississement du pouce droit qui atteignit plus tard l'éminence thénar, puis apparaissait une masse lipomateuse sur l'avant-bras et la clavicule. Une forte pression de la saillie thénar amenait un gonflement de l'avant-bras, avec de la crépitation riziforme.

OBSERVATION IV

(SCHMIDT. Bartholomews hospital, reports, vol. V.

Éléphantiasis congénital telangiectode.

Jeune fille de 15 ans. Dès sa naissance, épaissement de la jambe droite sur laquelle sont plusieurs nævi.

Après tout effort, toute marche, cette jambe devient volumineuse et douloureuse. Elle ne peut fonctionner que grâce au port constant d'un bas élastique.

La circonférence du pied et celle de la jambe sont de deux pouces plus considérables à droite qu'à gauche. La température y est basse. Sur la face externe de la cuisse est un gros nævus. Aux faces internes et postérieures sont de grosses veines et des nævus qui remontent sur la fesse, derrière le grand trochanter est un vaste angionne.

A côté de cet état éléphantiasique, enveloppé d'obscurité comme d'ailleurs le sont tous les vices de développement, nous pouvons ranger un autre type, dont le mécanisme est encore incertain. Il est constituée par les troubles les plus divers du système nerveux qui produisent des altérations de la peau de l'hypoderme donnant à la région atteinte l'aspect et les caractères de l'éléphantiasis. Je veux parler des :

2^o) *Œdèmes névropathiques*

La difformité ressemble à s'y méprendre, à un examen superficiel du moins, à celle de l'éléphantiasis classique.

Mais pourtant cette étiquette ne peut convenir à l'affection de notre jeune malade et en effet :

Dans cet œdème névropathique, les parties génitales sont toujours respectées.

L'affection offre une tendance marquée à la symétrie, la coloration de la peau reste normale ; sa surface dépourvue de verrucosités reste constamment lisse.

Avec Follet, qui dans sa thèse inaugurale, sous la direction de M. Darier a classé d'après leur pathogénie, les différents états éléphantiasiques, nous pouvons d'ailleurs ranger ces troubles sous trois chefs, et constater que notre malade ne rentre dans aucune de ces catégories.

Chez les uns, écrit Follet, il s'agit à n'en pas douter de troubles vaso-moteurs, provoqués par les causes les plus banales ; chez des prédisposés, il s'agit alors de ces curieux phénomènes, étudiés en 1881, par Quincke sous le nom « d'œdème aigu circonscrit de la peau ».

Mais alors la tuméfaction reste longtemps fugace et ce ne serait qu'à la longue qu'à l'œdème aigu succéderait l'œdème chronique, origine de l'éléphantiasis.

Ou bien il s'agirait de troubles hystériques, étudiés ces dernières années par Charcot, Pitres, Thibierge, Gilles de la Tourette et Dutil.

Mais pour être affirmé, l'œdème dur hystérique, doit coexister avec des stigmates de névrose et presque toujours avec des paralysies et des contractures.

Bien que permanent, il subit à chaque instant des alternatives de diminution ou d'augmentation spontanées pour disparaître un jour avec la même brusquerie qu'il a débuté.

Il en est de même de la 3^e et de la 4^e classe de ce groupe. L'œdème névropathique peut prendre naissance dans le cours du rhumatisme, qu'il soit aigu, subaigu ou chronique.

Il peut être enfin consécutif à certaines lésions du système nerveux central ou périphérique ; mais, notre malade ne présente aucune de ces tares.

Aussi sommes-nous poussés à chercher à le faire rentrer dans l'une des deux dernières catégories d'éléphantiasis, et nous devons nous demander si ce n'est ni la filaire ni le streptocoque qui soit en cause.

3^e) *Éléphantiasis par filariose.*

Cette affection mérite de nous arrêter. C'est en effet la plus anciennement connue sous le nom d'éléphantiasis des Arabes.

Mais tout d'abord l'étiologie de ces deux affections est toute différente. Sans entrer dans cette discussion qui consiste à incriminer le paludisme seul, ou avec Patrick Manson, la filaire, il ne résulte pas moins que c'est une affection des pays tropicaux où règne la fièvre paludéenne. Rien de pareil dans le cas de notre malade.

Des lymphangites réticulaires, qui sous le nom d'accès éléphantiasiques marquent le début de l'affection, et n'infiltrèrent qu'à la longue les téguments, n'ont pas été relevés. La maladie s'est installée insidieusement, sournoisement.

De plus l'examen du dépôt laiteux des urines a montré l'existence de pus, et non pas de chylurie.

Nous avons aussi recherché le signe pathognomonique de l'affection, la filaire.

Non seulement nous avons fait à des heures différentes, la nuit, des prises de sang pour l'étudier au microscope ; mais nous avons conservé aussi dans des pipettes du sang qui restait liquide, grâce au procédé que nous avait indiqué M. Darier. Ayant préparé un sérum de sulfate de soude à la densité 1020 ; nous y avons ajouté 10 gr. pour cent de formol. Le sang mélangé à ce dernier ne se coagulait pas et nous permettait d'en faire une étude plus complète.

Nous avons dit qu'à aucun moment nous n'avions pu reconnaître la filaire. Il reste enfin un dernier état éléphantiasique, c'est celui qui reconnaît pour cause le streptococcie ; et la porte d'entrée du microbe est fort variable.

Tantôt il s'agit d'un ulcère de la jambe ; arrivant sur un terrain miné par l'athérome, fatigué par des poussées de plus en plus tenaces d'eczéma, le streptocoque manifeste alors sa présence par des poussées lymphangitiques s'accompagnant d'adénite ; d'où obstruction et œdème chronique. Au niveau des lymphatiques et des veines du membre atteint, se voient souvent, avec netteté des travées conjonctives, signes de défense, mais aussi menace d'obstruction par le microbe.

Notons, que l'ulcère variqueux, n'est pas seul à se comporter de cette façon. De même manière agissent les lésions syphilitiques ou lupiques qui ne font, fort probablement, qu'ouvrir la porte au streptocoque.

Mais dans tous les cas, la lésion ou trophique, ou lupique, ou syphilitique était déjà constituée, alors que progressivement apparaît l'éléphantiasis.

De plus, avant d'être constitué, l'œdème chronique qui peu à peu devient l'éléphantiasis a donné lieu à des poussées de fièvre, avec endolorissement de la jambe, ce que nous n'avons pu relever chez notre malade.

Il n'y a pas, par ailleurs d'ulcère variqueux et aucun stigmatisme de syphilis.

Les deux observations qui suivent, montrent avec clarté, que notre cas est chose tout à fait différente des cas observés par M. Sabouraud ou Cegan.

OBSERVATION V

(CÉGAN. Thèse de Paris, 1894.)

Éléphantiasis érysipélateux.

Grandet, Charles, 18 ans, pâtissier, entre à l'hôpital le 30 janvier 1893. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. A 12 ans, pendant six jours, eut au pied et à la jambe droite une rougeur douloureuse avec douleur inguinale et fièvre intense. La jambe est restée grosse depuis.

Les quatre années suivantes, au mois de mai, poussées identiques.

Depuis trois ans, elles se rapprochent tous les quatre ou cinq mois.

Depuis six mois, tous les huit ou dix jours.

Actuellement, pied énorme, se continuant avec une jambe cylindrique sans sillon de démarcation, l'œdème se terminant à trois travers de doigt du jarret.

Pas de plaie ni d'ulcère.

Peau épaisse, indurée, marbrures par places gardant l'empreinte du doigt, adhérente aux tissus sous-jacents, parcourue de gros troncs veineux et de varicosités. Pas de filaires.

OBSERVATION VI

(Docteur SABOURAUD. *Annales dermat.*, 1892, p. 593).

Louise B., infirmière, 33 ans, entre le 20 janvier 1892, salle Aubert, n° 9, pour tuberculoses externes multiples avec éléphantiasis du membre inférieur droit.

Les lésions datent de l'âge de 7 ans.

Elle eut alors des abcès fréquents, des ulcères qui n'ont jamais guéri.

Depuis 1892, date de son premier érysipèle, elle a tous les deux ou trois mois des poussées de lymphangite partant des ulcérations des pieds, l'œdème éléphantiasique qui en résulte remonte au-dessus du genou.

Trajets fistuleux ostéopathiques autour des malléoles

Des scarifications de la peau au moment de la dernière poussée permettent de recueillir un sérum qui donne des cultures de streptocoque pur.

TRAITEMENT

Ainsi donc la cause de l'affection étant nettement localisée au niveau des ganglions du petit bassin, l'essor de la chirurgie moderne, pourrait permettre l'espoir de supprimer la maladie en enlevant l'obstacle et en permettant par le fait à la lymphe de reprendre son cours à travers les espaces conjonctifs de la cicatrice.

Mais les essais de MM. Riedel, de Monod, se dressent, décourageants ; l'ablation des ganglions, le curage du petit bassin n'auront d'autres résultats que celui d'aggraver l'œdème lymphatique et de laisser après l'opération le malade plus débilité, d'en faire une proie plus facile pour la tuberculose qui le mine.

On en sera réduit au traitement tonique et symptomatique qui ne fera guère que masquer l'impuissance de la science en pareille circonstance.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de cette étude, nous croyons pouvoir en tirer quelques conclusions,

1^o) On enseigne généralement que les états éléphantiasiques résultent d'un œdème chronique, dû lui même à l'obstruction des canaux lymphatiques, d'origine infectieuse.

Pour certaines variétés d'éléphantiasis, on peut admettre avec vraisemblance que l'obstruction siège dans les ganglions lymphatiques qui s'opposent au retour de la lymphe.

2^o) Cette obstruction peut résulter de l'infiltration tuberculeuse des ganglions.

3^o) La symptomatologie reste la même quelle que soit l'étiologie et la pathogénie.

4^o) Le pronostic n'est guère plus favorable. L'ablation des ganglions obstrués ne paraît pas recommandable.

Aux causes de déchéance qui existent dans les autres variétés d'éléphantiasis, s'ajoutent la généralisation tuberculeuse, la cachexie tuberculeuse, la dégénérescence amyloïde.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse,
A. FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Balzer.** *Gazette des hôp.*, 94, n° 61.
Besnier. *Gazette des hôp.*, 87, p. 1026.
Brassac. *Dict. encyclopédique des sc. médic.* 86. **Art** *Eléphantiasis*. *Dict. Dechambre*.
Brouardel. *Société dermatol.*, 96.
Clarac. *Etiol. et pathog. de l'éléphantiasis. Th. Paris*, 1881.
Damaschino. *Gaz. des hôpit.* 1889, p. 561.
Duplay. *Cliniq. chirurgic.*, t. II. p. 1.
Esmark et **Kulenkampf.** *Eléphantiasis, Monogr.* Hambourg, 1885.
Follet. *Pathog. des états éléphantiasiq. Th.* 95.
Gilles de la Tourette et **Dutil.** *Nouv. Iconogr.*, 1889, p. 251.
Jeanselme. *Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations des membres variqueux, Th.* 1888.
Masmejean. *Th. Montpellier*, 1888.
Meyer. *Sem. médic.* 98, p. 237.
Pitres. *Progrès médic.*, 21 fév. 1891.
Riedel. *Sem. médic.*, 94, p. 380.
Trélat et **Monod.** *Archiv. génér. médecine*, 1869.
Virchow. *Pathol. des tumeurs*, t. I, p. 293.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction.....	5
Observation personnelle.....	7
Étude anatomique.....	12
Physiologie pathologique.....	15
Anatomie pathologique.....	25
Diagnostic.....	29
Traitement.....	40
Conclusions.....	41

